№ 20. WARSZAWA, W CZERWCU 1927. ROK III.

TREŚĆ NUMERU:

LEKARZ KASY CHORYCH

WYCHODZI RAZ NA MIESIĄC

Redakcja i Administracja: Warszawa, Nowy-Świat 2. Tel. 164-50.
Prenumerata kwartalnie 6 zł., rocznie 24 zł. numer pojedyńczy 2 zł.
Dla lekarzy rocznie 12 zł., półrocznie 7 zł.
Organizacje lekarskie opłacają w stosunku 2 zł. za egzemplarz.
Konto czekowe P. K. O. 11.800.

Wszelkie zamówienia prenumeraty wykonywa się tylko po uprzedniem uregulowaniu należności. Przy wpłacie prenumeraty należy koniecznie podać termin, od którego prenumerata ma być liczona.

I. Do ogółu Kolegów.

Koledzy!

Kasy Chorych obejmują w Warszawie 50%, w Łodzi około 80%, a na Górnym Śląsku około 95% ludności. Nie długo patrzeć—a we wszystkich miastach i ośrodkach Polski—Kasy Chorych obejmować będą 95% ludności czyli że cała prawie ludność leczyć się będzie w Kasach Ch., a dla lekarzy wolnopraktykujących pole działalności zwęzi się do 1½ miljona ludności! Licząc po 1,500 osób na 1 lekarza, okaże się, że wolną praktyką zajmować się będzie mogło tylko 1 000 lekarzy, a wszystkich lekarzy będzie wtedy około 10,000! Jeśli nawet 3,000 z nich będzie pracowało w Kasach Chorych, to 6,000 lekarzy nie będzie miało pola do pracy i zginie, zginie głodową śmiercią. Bo wykształcenie zawodowe, jakie otrzymuje lekarz, czyni go niezdolnym do przerzucania się — jak to mogą robić przemysłowcy, kupcy, inżynierzy etc. — na inne pole pracy.

Jeśli w Kasach Chorych pracuje tylko część lekarzy, to dzieje się to z winy Kas, których tendencją jest dopuszczać do pracy w Kasach Ch. jaknajmniejszą ilość lekarzy. Tymczasem postępowanie takie mogło mieć jakieś podstawy wtedy, gdy do Kas należała drobna tylko

część ludności. Z chwilą przymusu należenia do Kas prawie całej ludności, t. j. z chwilą, gdy większa część ludności leczyć się będzie w Kasach, sprawiedliwość wymaga, by wszyscy lekarze w leczeniu tem na równych prawach udział brali. Inaczej było by to jaknajzwyklejszem wywłaszczeniem, takiem samem wywłaszczeniem, do jakiego dążą socjaliści i komuniści i w innych dziedzinach, jak do wywłaszczenia ziemi, kopalni, fabryk i wszelkich innych rodzajów własności — z wyjątkiem naturalnie własności swych matadorów partyjnych. System ambulatoryjny czyli niedopuszczanie ze strony Kas do wolnego wyboru lekarza nietylko doprowadzić w końcu musi do śmierci głodowej lekarzy, pozbawi on także państwo niezbędnej podczas wojny i epidemji ilości lekarzy i wywoła obniżenie się poziomu wiedzy lekarskiej na skutek zależności lecznictwa od wtrącających się doń Kas Chorych. Pociągnie to za sobą również i obniżenie poziomu etyki lekarskiej, który Kasy starają się od siebie uzależnić. Szkody więc niepowetowane poniesie całe społeczeństwo, a nie lekarze tylko.

Rada jest tylko jedna. **Koledzy! Musicie połączyć swe siły w jedną całość, musicie wszyscy być członkami ogólnego Związku Lekarzy P. P.!**

Wiemy, że niektórzy lekarze mają pewne zastrzeżenia co do Związku Lekarzy. Uprzedzenia te nie są niczem uzasadnione, nie są oparte na żadnych dowodach. Związek Lekarzy P. P., jako taki, występował zawsze w obronie całego stanu lekarskiego. A jeśli by ktoś z lekarzy miał pewne odrębne wymagania, to właśnie tembardziej niech wstąpi do Związku, niech przyłoży rękę do wybrania w nim przedstawicieli po swojej myśli. Śród nas, ludzi kulturalnych, zawsze znajdzie się platforma wspólna, na której można będzie dojść do uzgodnienia poszczególnych życzeń.

Koledzy! Jeśli nie chcecie zginąć w tej otchłani, jaką są dla lekarzy Kasy Chorych, zapiszcie się czemprędzej do Związku Lekarzy P. P. Niewielkie koszty sowicie się wam opłacą. Jedynie tą tylko drogą zyskacie *wszyscy* prawo leczenia chorych ubezpieczonych w Kasie.

Wstępujcie do Związku, którego hasłem zawsze była i będzie zasada nawskroś demokratyczna: prawo wolnego wyboru lekarza ze strony pacjenta, a z tem jednocześnie równe prawo dla wszystkich lekarzy do leczenia chorych.

Wstępujcie do Związku Lekarzy P. P. pod hasłem:
„Wolny wybór lekarza dla każdego obywatela!“.

Redakcja.

II. X-a Międzynarodowa Konferencja pracy.

W dniu 25. V. r. b. rozpoczęły się w Genewie obrady X międzynarodowej konferencji pracy, zakończone dnia 15-go czerwca. Jednym z punktów obrad było uregulowanie międzynarodowe ubezpieczenia na wypadek choroby. Na przeprowadzeniu tej sprawy najwięcej zależało Niemcom, gdyż chodzi im o obciążenie innych państw wydatkami na etat społeczny, aby w ten sposób mogły one zwyciężyć w walce ekonomicznej. Ztąd widzimy, że rozszerzając u nas ubezpieczenia społeczne idziemy na rękę Niemcom, że sprawa ubezpieczeń społecznych wrzyna się głęboko w sprawy polityczne międzynarodowe i że nie można oddzielać spraw K. Ch. od spraw polityki wewnętrznej i międzynarodowej.

Dla uświadomienia czytelników o organizacji tej instytucji musimy tu wyjaśnić, że międzynarodowa konferencja pracy jest częścią składową międzynarodowej organizacji pracy i odpowiada jej walnemu zebraniu, niejako międzynarodowemu parlamentowi pracy, społeczno-politycznemu zjazdowi ligi narodów. Każde z państw wysyła 2 przedstawicieli rządu i po jednym przedstawicielu pracodawców i pracobiorców. Biuro pracy w Genewie, jako organ instytucji organizacji pracy, pod zarządem dyrektora, obecnie Alberta Thomasa, składa się z urzędników obywateli rozmaitych państw (niemców 12, francuzów i anglików po 100 i t. d.) Organem nadzorczym nad biurem pracy, mianującym jego dyrektora, który stosować się musi do wskazówek tego organu i jest odpowiedzialny przed nim, jest rada zarządzająca. Składa się ona z 24 członków, z których 12-tu są zastępcami rządu, grupy zaś pracodawców i pracobiorców wybierają po 6 przedstawicieli. Mają oni pełnomocnictwa na przeciąg 3 lat. Tylko ratyfikacja, a nie sama zgoda tylko na postanowienia konferencji, jest międzynarodowo obowiązującą.

Na tegorocznem zebraniu reprezentowanych było 46 państw (z 56 należących do organizacji) przez 138 delegatów i 184 zastępców i biegłych. Wszystkiego zatem przyjmowały udział 322 osoby. Absolutna większość oznaczona została na 70 osób. Jedynie tylko rządy niemiecki i japoński delegowały także lekarzy; delegaci lekarscy zostali wybrani, zgodnie z żądaniem rządu, przez Związek lekarski. Rządy te dały w ten sposób do poznania, że przykładają wagę do współdziałania lekarzy w sprawach Kas Chorych.

Nas lekarzy interesują następujące decyzje konferencji:

Konferencja przyznała prawo istnienia Kas zastępczych, gdyż w art. 2 zwalnia od przynależności do Kas Ch. osoby otrzymujące tę pomoc od innych organizacyj; musi jednak być oznaczone minimum

członków każdej takiej Kasy, aby mogły one osiągnąć należycie swój cel. W art. 7 wyraża się życzenie, aby dostarczanie pomocy lekarskiej i środków leczniczych trwało aż do wyzdrowienia ubezpieczonego, aby lekarz mógł stosować środki lecznicze jakie on uważa za niezbędne, aby Kasy stosowały metody zapobiegania chorobom, tą bowiem drogą będą miały one do rozporządzenia większe środki pieniężne, zużywane dotychczas na leczenie dających się uniknąć chorób. Ubezpieczeniu podlegają pracownicy tylko do pewnej granicy dochodu.

Zasiłków mogą Kasy nie wypłacać tym ubezpieczonym, którzy otrzymują zabezpieczenie z innego źródła; jeśli ubezpieczony ma na utrzymaniu rodzinę, to w tych razach musi otrzymywać z Kasy choć część zasiłku.

Na interesujące nas przedewszystkiem pytanie co do w. w. l. wypowiedział się cały szereg państw w sensie przychylnym. Hiszpanja na tej zasadzie, że przecież tego żądają sami lekarze jak również ubezpieczeni, a wszak ubezpieczenie społ. stworzone zostało dla dobra tych ostatnich. Na wsi jednak w. w. l. nie jest możliwy do przeprowadzenia. Finlandja wypowiedziała się za w. w. l., pod warunkiem jednak, aby ubezpieczony nie zwracał się bez zasady do najdroższych lekarzy, jeśli zarząd K. z tem się nie zgadza; w tym wypadku różnicę honorarjum musi zapłacić ubezpieczony. Anglja wypowiedziała się za w. w. l. z ograniczeniem jego jednak do odpowiednich granic geograficznych. Japonja postawiła w. w. l. jako **obowiązkowy** punkt międzynarodowego porozumienia. Również Norwegja wypowiedziała się za w. w. l.

Polska zdobyła się na następujący pogląd. Choć przeciw w. w. l. przemawiają niezdolność ubezpieczonego do oceny istotnej wartości lekarza i **możliwość nieuczciwego współzawodnictwa**, to jednak należy liczyć się z momentem psychologicznym ze względu na to, że zaufanie do lekarza może przyczynić się do szybkiego i zupełnego wyleczenia, i przyznać ubezpieczonemu prawo w. w. l., z ograniczeniem jednak tylko do lekarzy przez Kasę zakontraktowanych. Tu odrazu zupełnie jasne jest, że chodzi tu o zamydlenie oczu, bo wszak w każdym większem mieście, gdzie istnieją ambulatorja kasowe, musi być eo ipso zaangażowana większa ilość lekarzy, a ponieważ ordynują oni w rozmaitych godzinach i rozmaitych miejscach, to jasną jest rzeczą, że od ubezpieczonego zależy wybór danego lekarza. Inaczej być nie może. Rozumowanie więc to jest dowodzeniem idem per idem, nie wytrzymuje ono krytyki logiki i jest spaczeniem istoty idei w. w. l. Przypomina nam to—samo przez się nasuwającą się—analogję z ideologją rządów rosyjskich z czasów caratu. Zesłanemu, wbrew wyrokowi sądu państwowego, drogą administracyjną, dawano do wyboru jedno z pewnej

ilości wyznaczonych przez administrację polityczną miast. Gdy w swoim czasie redaktor niniejszego pisma ingerował u władz żandarmerji w sprawie zesłania do Kazania dr. Szlupasa, obecnego naczelnego lekarza litewskiego Czerwonego Krzyża, pan pułkownik żandarmerji rosyjskiej Szlichting odpowiedział: „ależ on bynajmniej nie został zesłany, to on sam sobie wybrał Kazań, jako miejsce pobytu". Oto jak niektórzy chcą rozumieć „wolny wybór". Wszak rozumowanie takie prowadzi do tego, że można ograniczyć wolny wybór — aż do dwuch nawet lekarzy!

III. Wolny wybór lekarza w Kasach Chorych.

(Ciąg dalszy.)

Że finansowo w. w. l. jest tańszy, aniżeli system ambulatoryjny, widzimy to również z następującego zestawienia. Lipsk ma system w. w. l., Drezno ma t. zw. lekarzy rejonowych. Wydatki na lekarzy wynosiły w łatach 1920—1924 na jednego członka w Lipsku 339 mk., w Dreznie 382 mk., wydatki na zasiłki w Lipsku 239 mk., w Dreznie 241 mk. Pierwsze stanowiły 23,84% w Lipsku i 24,38% w Dreznie, drugie 28,71% i 29,22%. Widzimy, że różnica jest %-wo niewielka, ale i ta wypada na korzyść w. w. l. Liczba lekarzy wynosiła w Lipsku 500, a w Dreznie 268, czyli że wydatki Kas były mniejsze tam, gdzie chorzy kasowi mieli wybór większej ilości lekarzy. W Poznańskiem koszty administracji wynoszą 7%, w niektórych Kasach pomorskich około 5%, a w dzielnicach z systemem ambulatoryjnym około 13—17%!

System ryczałtowy, a zatem i ambulatoryjny, ma nadto pod względem finansowym tę złą stronę, że, jak słusznie zaznacza „Ochrona Sp." Nr. 4, usypia kontrolę nad liczbą porad, badań i t. p., co powoduje większe wydatki. Finansowo błędne są również zabiegi Kas Ch., aby jaknajmniej uznawać niezdolności do pracy. Jest to z punktu widzenia społecznej higjeny błędne, bo tą drogą leczenie początkujących albo przewlekłych lekkich przypadków postawione jest na fałszywe tory, nie zapobiega się bowiem wskutek tego w należyty sposób niezdolności do pracy. Również zdrowi muszą ulegać obserwacji i należy im udzielać odpowiednich rad. Lekarz musi być wychowawcą-higjenistą. Sprzeciwianie się w. w. l. jest najczystszym wywłaszczeniem. Cały szereg obecnych młodych lekarzy—to studenci, którzy wstąpili na uniwersytet wtedy, gdy jeszcze nie było K. Ch., niespodziewali się oni, że K. Ch., oponując przeciwko w. w. l., pozbawią ich możności zarobkowania i że tą drogą możność wykonywania zawodu zostanie zatem zniesiona.

K. Ch. twierdzą, że wprowadzenie Kas zwiększyło zapotrzebowanie lekarzy. Niestety wraz z tem zapotrzebowaniem zwiększyła się, przy jednoczesnem zmniejszeniu honorarjum, suma czynności lekarza i zużycie jego siły roboczej. Lekarze w ambulatorjach są przeciążeni pracą, wobec czego nabiera ona charakteru masowego. Kasy wymagają od lekarzy honorarjów „hurtowych". Również wobec niskich honorarjów, płaconych przez Kasy, stała się konieczną praca masowa. A jednocześnie z tem musiało powstać i rosnąć niezadowolenie ze strony pacjentów. Czyż

lekarze są po to, aby nie tylko w wypadkach wyjątkowych, lecz stale i przez całe generacje przynosili całe swe życie zawodowe w ofierze narzuconej im organizacji? Równem prawem mogłyby Kasy żądać, by aptekarze, optycy i t. p. oddawali sprzedawane przez nich środki lecznicze z własną szkodą. Jeśli Kasy Ch. mają mieć „abonament" lekarski o cenach hurtowych, to zapytujemy, ile ulg abonamentowych otrzymują one w telefonach, elektrowni, hurtowych składach węgla, przy dostawach papieru i od wynagrodzeń swych zarządców?

Boć tu nie chodzi o „dobroczynność": kasiarze i pepesowcy oburzają się, gdy się mówi o Kasach Ch. jako o instytucji dobroczynnej, bo to według nich jest instytucja wzajemnych ubezpieczeń. W takim razie dlaczego jedynie tyko stan lekarski obarcza się ponoszeniem ofiar na rzecz Kas Ch? Ogromne sumy, jakie wydają Kasy na t. zw. łamistrejków, dowodzą, że Kasy ani nie są tak biedne, ani w wydawaniu pieniędzy nie są oszczędne.

Pomimo rozszerzenia ubezpieczeń społecznych na warstwy zamożniejsze Kasy t. j. socjaliści chcą utrzymać jako zasadę opłatę lekarzy według taksy dla biednych. Ale obecnie „biedny" i „ubezpieczony" to nie są wyrażenia identyczne. Zapominają przytem socjaliści, że obecnie biedni ponoszą do pewnego stopnia koszta ubezpieczeń warstw zamożnych. Chcieliby socjaliści doprowadzić do tych samych stosunków, jakie zaprowadziły sowiety u siebie t. j. aby lekarze nie otrzymywali większego wynagrodzenia od robotników nawet niewykwalifikowanych.

Początkowo, przy wprowadzeniu ubezpieczenia na wypadek choroby, lekarze zapatrywali się nań jak na dotychczasową dobroczynną działalność względem biednych. Mała ilość ubezpieczonych i okoliczność, że były to sfery, które do tego czasu płaciły honorarja lekarskie w nader drobnym rozmiarze albo które lekarz leczył wogóle darmo, mało wpływały na położenie materjalne lekarzy. Lecz wkrótce ubezpieczenia społeczne szeroko przekroczyły ramy opieki nad biednymi. W Niemczech z 4 milj. ubezpieczonych w r. 1884|5 zrobiło się w r. 1912 już 15 milj., a obecnie jest już około 30 milj. wraz z rodzinami czyli prawie 50% ludności. Gdy jednocześnie z tem skład ubezpieczonych rozszerzył się daleko poza właściwe koła robotników, nie może już być mowy o stawianiu ubezpieczeń społecznych na jednej stopie z opieką nad biednymi, a egzystencja materjalna lekarzy stała się zależną od dopuszczenia ich do praktyki kasowej. Dopiero gdy lekarz stał się zależny od praktyki w K. Ch. t. j. gdy już było do pewnego stopnia zapóźno, zaczęli się lekarze orjentować w sytuacji. Ten stan rzeczy musi pociągnąć za sobą zmniejszenie się liczby lekarzy. A to nie leży w interesie społecznym. Musimy się liczyć z tem, że ograniczenie liczby lekarzy tylko do potrzeb K. Ch. byłoby wielką szkodą społeczną zarówno ze względu na okresy epidemji, jak jeszcze bardziej ze względu na czas wojny, gdzie nawet trzykrotnie większa liczba lekarzy niż ta, która potrzebna jest Kasom Ch., ledwo mogłaby wystarczyć.

Gdyby więc cała ludność należała do K. Ch., to wtedy wszyscy lekarze otrzymywaliby wynagrodzenie o wiele, wiele niższe niż otrzymywane od pacjentów prywatnych. Czyli że Kasy Ch obniżają dochody lekarzy do minimum. Drogą przymusu doprowadza się do tego, że pracę ubez-

pieczonego opłaca się przymusową tanią pracą lekarza. Tak samo w Rosji bolszewicy po dojściu do władzy rządzili właśnie w sposób, przez nich do tego czasu zwalczany. Dziwi nas, że społeczeństwo nie spostrzega grożącego mu wogóle niebezpieczeństwa.

W stosunku do lekarzy system ambulatoryjny wpływa również na nieodpowiedni podział ich w rozmaitych miastach, młodzi bowiem lekarze, szukając pracy, udają się tam, gdzie jest w. w. l., co wywołuje nadmierne przepełnienie lekarzami danej miejscowości. Pepesowcy nie chcą widzieć, że system ambulatoryjny — to powrót do zniesienia wolności wyboru zawodu, powrót do czasów średniowiecznych, do cechów z wszystkiemi ich osobliwemi własnościami. Obecnie K. Ch. zamykają dostęp do rynku pracy lekarskiej.

Z systemem ambulatoryjnym ściśle związana jest sprawa *numerus clausus*, który, wobec zwężenia praktyki lekarskiej przez Kasy Ch., dla lekarzy młodszych, równa się wprost pozbawieniu ich możliwości egzystencji.

Wynagrodzenie ryczałtowe jest i z tego względu kosztowniejsze aniżeli wynagrodzenie za każdą wizytę lekarza oddzielnie, że przy wynagrodzeniu ryczałtowem lekarz musi się ograniczać tylko do lekkich wypadków zachorowań, zaś ciężko chorych zmuszony jest odsyłać do szpitali. Socjaliści, przy każdej nadarzającej się sposobności, twierdzą, że system ambulatoryjny jest tańszy i że jest on dla chorego dogodniejszy i lepszy, ale jasną jest rzeczą, że sami nie wierzą w to, co mówią i że pogląd ten jest tylko jednym z punktów programu polityki socjalistycznej. Widać to choćby z tego, że wszyscy socjaliści, jak jeden mąż, twierdzą jedno i to samo. Twierdzenie co do taniości systemu ambulatoryjnego na niczem nie jest oparte, bo, oprócz Polski i Rosji, której przecież za przykład brać nie możemy, nigdzie na świecie niema systemu ambulatoryjnego, a i dane statystyczne z rozmaitych dzielnic Polski wykazują większą taniość przy systemie w. w. l. Również, jak widzieliśmy, porównanie tych dzielnic państwa niemieckiego, w których niema w. w. l. z temi, gdzie takowy został wprowadzony, wykazuje, że wydatki K. Ch. przy w. w. l. są mniejsze, niż przy systemie stałych lekarzy (p. str. 11).

Koledzy! Nie dajcie sobie wmówić, że w. w. l. rujnuje finansowo Kasy. Nie dajcie się otumanić przez te umyślnie fałszywie przedstawione dane!

Stara to metoda, którą podaje nowy projekt ministerstwa o ubezpieczeniu—przypisywanie lekarzom winy tolerowania symulacji ze strony chorych. Gdyby K. Ch. tylko w takim razie mogły się utrzymać w równowadze gospodarczej, jeśli lekarze drogą środków przymusowych utrzymywaliby liczbę zwolnionych od pracy na niskim poziomie, smutno przedstawiałaby się teraźniejszość i przyszłość ubezpieczeń społecznych. Tu widzimy, jak Kasy przeczą same sobie: Z jednej strony zarzucają lekarzom zbyt małą troskliwość o chorego, a z drugiej —zbyt pochopliwe uprzedzanie jego życzeń.

3. System ambulatoryjny.

Socjaliści wyobrażają sobie ambulatorja, jako wielki dom towarowy, gdzie chory na każdem piętrze przyjmowany jest przez inny per-

sonel, gdzie się od niego bierze coraz inne wydaliny i wydzieliny, aż może na najwyższem piętrze hipnotyzuje go się i poddaje psychoanalizie. Ale chory wymaga nie urzędnika przy okienku, chory wymaga lekarza, który by go rozumiał. Jeśli obecnie ktoś idzie leczyć się do lecznicy, to nie dlatego, żeby miał zaufanie do systemu ambulatoryjnego, lecz dlatego, że ma zaufanie do danego lekarza tej lecznicy. Sztuka lekarska zawsze pozostanie wolną i nigdy nadawać się nie będzie do zsocjalizowania. Zsocjalizowaną może być tylko higjena społeczna.

Stronnicy socjalizacji lecznictwa popełniają ten błąd, iż sądzą, że lekarz urzędnik będzie w dalszym ciągu rozwijał dobre własności lekarza prywatnego, które powstały na tle wolnej konkurencji. Bardzo się oni rozczarują. Wraz z frakiem urzędniczym wdziewa się również ducha urzędniczego. Wraz z zapewnieniem stanowiska wzrasta skłonność do spokoju i wygód. Napięcie pracy znacznie się obniży. Ta sama ilość pracy będzie wykonywana przez większą ilość lekarzy. A w dodatku wzrastać będą wciąż wymagania ubezpieczonych, co znowu podwoi robotę. Wzrośnie niepomiernie liczba urzędników, i tak już zbyt silnie obciążająca budżet kraju. Jeśli istnieć będą tylko lekarze urzędowi jako lekarze Kasy, nastaną złote czasy dla rozmaitych partaczy lekarskich i innych cudotwórców. Ludność zostanie zdemoralizowana.

W stosunku do chorych, przy systemie ambulatoryjnym poszkodowany jest zarówno chory jak i lekarz. Znaczenie lekarza było o wiele większe, gdy był on lekarzem prywatnym tych, co się do niego z zaufaniem zwracali. Dopiero od czasu wprowadzenia Kas i razem z tem lekarzy przymusowo leczących, szacunek do niego znacznie się obniżył. Na miejsce dawnego stosunku „lekarz: chory" powstał nowy: „pacjent: członek Kasy". Powstał nowy typ lekarza, lekarza II klasy, lekarza kasowego. Już Schweninger, lekarz Bismarcka, opowiadał, że chory kasowy, gdy go się spytać, czy się leczy, odpowiada zwykle: „właściwie nie, byłem tylko u lekarza kasowego, ten zbadał mnie tylko powierzchownie i coś mi przepisał".

Wreszcie powstanie rozłam między lekarzami kasowymi a lekarzami wolnopraktykującymi, którzy będą owymi lekarzami I klasy. Biedny będzie miał dostęp tylko do lekarzy II klasy. Będą zatem chorzy rozmaitych klas i lekarze rozmaitych kategoryj. A to wszystko prowadzi ad absurdum. Widzimy, że im bardziej zapuszczamy się w detale, tem bardziej piętrzą się trudności. Dla doświadczeń takich o wyniku wątpliwym — zdrowie ludności jest zbyt kosztownem dobrem. Tylko zniesienie systemu koszarowo-ambulatoryjnego, tylko wolny wybór lekarza prowadzi do istotnego systemu demokratycznego.

Przepisywanie „tanich lekarstw" tak samo obniżyło w oczach chorego ich wartość, jak system ambulatoryjny obniżył w oczach chorego lekarza kasowego. Jedno i drugie zmusza chorego członka Kasy do udawania się do lekarza prywatnego.

System ambulatoryjny jest to system, który pozbawia lecznictwo — duszy. Jeśli lekarz jakiś nie przyjmuje w K. Ch., to jest to poniekąd dla niego rekomendacją w oczach publiczności. Bezwarunkowo pacjent dowierza więcej takiemu lekarzowi, niż lekarzowi K. Ch. To nie ulega żadnej wątpliwości.

Podczas, gdy od powstania Kas Ch. postępy nauki lekarskiej wzniosły się na wprost legendarne wyżyny, stanowisko lekarza, kapłana tej nauki, upadło zupełnie nisko. Że ministerstwo nie uznaje w. w. l., nie może nas to dziwić choćby z tego powodu, że, przyzwyczajone do biurokratyzmu, uznaje również i biurokratyzm w lecznictwie. Ale gdy pan minister zachoruje, wtedy staje się, względem siebie, stronnikiem w. w. l.

Główną cechą lekarzy pozostać musi, oprócz wiedzy, etyka; leczenie należyte nie może mieć charakteru ekonomicznego.

Przez socjalizację czynność lekarza staje się poniekąd hurtową, podczas gdy w chorobie sprawa się tyczy ważnej osobistej sprawy. Stanowisko urzędnicze wyklucza konkurencję, która podnieca energję i prowadzi do zwiększenia kwalifikacji czynności. Socjalizacja prowadzi do zbiurokratyzowania, socjalizm zawsze jest prowadzony przez biurokrację, która w dodatku, w danym wypadku, składałaby się z niewykwalifikowanyah łaików.

Kasy Chorych pociągnęły za sobą rozwój partactwa. Partactwo rozwinęło się tak silnie dopiero z chwilą powstania Kas Ch. Chory, nie mając zaufania do lekarza kasowego i widząc, że chodzi tu nie o jego wyleczenie lecz o — przyjęcie jaknajwiększej liczby chorych, udawał się w kierunku najmniejszego oporu t. j. do partaczów.

Ironją jest, gdy Kasy mówią: u nas jest w. w. l., tylko że wybiera lekarza nie pojedyńczy członek, lecz Kasa drogą „doboru" lekarzy ambulatoryjnych. Niestety, dzielności i doświadczenia tych lekarzy doszukiwać się należy raczej w dziedzinie działalności partyjnej aniżeli lekarskiej. Według poglądów dygnitarzy kasowych, chory kasowy nie nadaje się sam do wyboru lekarza, do którego miałby zaufanie. Oto pouczający obraz pojęcia „wolności" w rozumieniu socjalistów!

Tyleż wart jest szerzony przez socjalistów pogląd, że system ambulatoryjny broni przed zmechanizowaniem leczenia, co jako contradictio in adjecto wywołuje tylko uśmiech. Tyleż wart też argument, że system ambulatoryjny ułatwia nadzór nad nadużyciami.

Cóż mówią fakty? Fakty mówią, że leczenie masowe, że skoszarowanie leczenia nie zadawalnia ani chorego ani lekarza. Nie może zadowolnić go ten wojskowy, kapralowy sposób leczenia gdzie chory, jest tylko numerkiem. Robotnik amerykański wolałby raczej się głodzić, niż korzystać z dobrodziejstw społecznej miłości ludzkiej w Polsce. Tam gdzie, jak w ambulatorjach kasowych, usunięte jest współzawodnictwo, tam znika dążność do doskonalenia się. Dowodem lekarz wojskowy, który — nie stosuje się to do wszystkich lekarzy wojskowych i do wszystkich krajów—w oczach publiki uchodzi za lekarza drugiej klasy. W dodatku jeśli się płaci za pracę tak, że tylko masa umożliwia egzystencję, wtedy jakość pracy musi się obniżyć. Jakość wymaga czasu, a zatem i pieniędzy. Nawet urzędowe czynniki, bo Dyrekcja Służby Zdrowia (Nr. pr. 40055 z dn. 28 III. 26), wydała opinję, że: „Kasy Ch. w Polsce wyrządziły szkody moralne całemu stanowi lekarskiemu Polskiemu, a obniżając poziom lecznictwa wyrządziły powszechną szkodę społeczną. Poniżały one godność stanu lekarskiego, obniżały jego powagę, niszczyły stosunek zaufania między chorym a lekarzem".

O systemie ambulatoryjnym mówi dr. Konkiewicz w Nr. 4 Nowin Sp. Lek., że „jeżeli dziś K. Ch. są przedmiotem utyskiwań i drwin, zawdzięczają to właśnie systemowi ambulatoryjnemu. Również nie wytrzymuje krytyki i jest tylko frazesem twierdzenie zarządców K. Ch., jakoby przy systemie ambulatoryjnym lekarz poświęcić może choremu tyle czasu, ile wymaga dokładne zbadanie—ma on bowiem określone minimum pacjentów, których musi przyjąć. System ambulatoryjny stwarza zabójczą dla pracy lekarza i ogromnie uciążliwą dla chorego formalistykę biurokratyczną". Jak już kiedyś pisaliśmy, wyliczenia p. inż. Drzewieckiego wykazały, że w Warszawie przeciętna porada u lekarza ambulatoryjnego trwa 9 minut, a załatwienie formalności 31 minut.

Pan S. I. K. w jednym z numerów „Nowin lekarskich" słusznie tłomaczy, że „przy w. w. l. zniklyby wyczekiwania chorych w ogonkach na zbadanie, gdyż ilość miejsc przyjęć zwiększyłaby się wielokrotnie. Zniklyby tłoki, brak świeżego powietrza, nieunikniony przy nagromadzeniu się większej ilości osób w poczekalniach ambulatorjów. Lekarz, niekrępowany przyjściem następnego lekarza, nie narażałby się na konflikty z pacjentami z powodu niemożności przyjęcia ich. I nie byłby siłą rzeczy zmuszony do zbyt powierzchownego badania i ograniczania ilości wizyt chorego. W tych warunkach chory nie zawsze dostać się może do lekarza, do którego dostać się pragnie, a wobec tego nie może być mowy nawet o „ograniczonym" wolnym wyborze lekarza. Przy w. w. l. jeden i ten sam lekarz, tak jak powinno być, a nie jak jest obecnie, leczyłby tych samych chorych u siebie i w ich mieszkaniu; tylko w ten sposób może być zachowana ciągłość w obserwacji. Lekarz ma zupełnie inny wpływ na pacjenta wtedy, gdy zawsze odwiedza go w czasie choroby, jeśli zna rodzinę i otoczenie chorego, a to jest niemożebne przy obecnym systemie ambulatoryjnym. Należy patrzeć na rzeczy, tak, jak się one przedstawiają, a nie, jak nam je przedstawiają. To też państwa demokratyczne, jak Szwajcarja, Anglja i Francja mają w. w. l., podczas gdy Czechosłowacja ma go tylko w projekcie ubez. społ. dla urzędników państwowych.

Na czele zagadnienia stoi pytanie: czy cel ubezpieczenia na wypadek choroby daje się lepiej osiągnąć przy w. w. l. czy przy systemie ambulatoryjnym. Wolny wybór lekarza stanowił wszędzie, gdzie był wprowadzony, znaczną siłę przyciągającą. Przeciwnie, dla lekarza zaufania Kasy, chory ma tylko brak zaufania. Przez w. w. l ujmuje się Kasom odpowiedzialność, jaka na nich ciąży a przez to uwalnia się jej siły dla rozwoju innych zadań opieki społecznej, jak społeczno-higjenicznego wychowania członków i t. d. Unika się mechanizacji w lecznictwie. Ubez. Społ. stają się tą drogą bardziej popularne. Lekarz wolny stawia na przednim planie indywidualne leczenie i profilaktykę chorych; zależny zaś od zarządu Kasy lekarz-urzędnik pozostaje pod jego biurokratycznym wpływem. Walka o w. w. l. jest sprawą, tyczącą się nietylko K. Ch. Tu chodzi o rozwiązanie pytania: **czy leczenie chorych prywatnych ma być sprowadzone do poziomu lecznictwa Kasowego czy też lecznictwo Kasowe ma zostać wzniesione do poziomu lecznictwa prywatnego?**

Na to pytanie jest tylko jedna odpowiedź: Stosowanie przez Kasy metod leczenia innych niż w praktyce prywatnej należy raz na zawsze skasować. Kasy wprost prą lekarzy do partactwa. Nic dziwnego, że lekarze ze wszech sił się temu opierają.

IV. Niemiecki Związek Społeczno-Lekarski.

Do tego samego celu, co u nas Zw. Społeczno-Lek., zdąża utworzona 16 marca r. b. „secesja lekarska" w Berlinie, która przeciwstawia się Związkowi lekarzy i Izbom lekarskim. Cel tej nowej, oddającej się na usługi K. Ch., organizacji jest zupełnie przejrzysty.

Secesja ta żąda: 1) zniesienia zupełnie sądów honorowych lekarskich i rozwiązania Związku zrzeszeń lekarskich (którego częścią jest właśnie tak chlubnie znany wydział gospodarczy czyli tak zwany związek lipski), 3) rozwiązania wszelkich umów między Kasami a związkiem lekarzy. Jednocześnie żąda 4) zniesienia wynagrodzenia ryczałtowego ze strony Kasy i domaga się wypłacania honorarjum obliczanego za każdą poradę oddzielnie, przyczem opłata ta nie moze przewyższać dziennie 20 porad w mieszkaniu lekarza i 10 wizyt w domu chorego, 5) Kasy powinny wypłacać wszystkim swym lekarzom od 65 roku życia, a wrazie przedwczesnego inwalidztwa z chwilą jego nastania, dostateczną emeryturę.

Nowy ten związek domaga się prawa dla swych członków, dyplomowanych lekarzy, stosowania partackich metod leczenia. Żąda dalej ten nowopowstały Związek prawa praktyki w rozmaitych miejscach przez jednego i tego samego lekarza, prawa regularnych „występów gościnnych" w miejscach działalności stałej innych lekarzy, prawa dla specjalistów zajmowania się również chorobami ogólnemi i — last not least — prawa leczenia listownego czyli na „dystans". Jasną jest rzeczą, że związek ten, zgodnie z art. 1—3, ma na celu zniszczenie Związku lekarzy a przez to samo wydaje się sam na łaskę i niełaskę swoich przeciwników t. j. Kas. Narazie nazwiska członków nie będą ujawniane na zewnątrz.

Pana Ludwika Schrödera, sekretarza i zarazem syna przewodniczącego, charakteryzuje dostatecznie wyciąg z szyldu jego: „Specjalista biologicznego wzmożenia sprawności indywidualnej. Instytut „Energja" dla odnawiania własnej indywidualności. Homeopatja, djatermja, pobudzenie cielesno-duchowej sprężystości dla utrzymania młodzieńczości. Piecza nad rakiem". Oto tylko wyjątki z napisu na szyldzie tego „secesjonisty". Drugi secesjonista, dr. Steintel, jednogłośnie nie został przyjęty do towarzystwa berlińskiego lekarzy homeopatów za jego stosunki z partaczami.

Ci secesjoniści żądają od ministerstwa pruskiego zniesienia sądów izb lekarskich w sprawach tyczących się czci członków Izby. Wyżej po-

dana charakterystyka ojców tej secesji pozwala wnioskować, że mają oni wystarczające powody dla wstrętu swego do sądownictwa lekarskiego. Socjaldemokratyczny „Vorwärts“ wita naturalnie bardzo serdecznie to stowarzyszenie w artykule p. t. „Obudzenie się wiosny u lekarzy(!)“.

Wszystko to staje się dla nas zrozumiałem, skoro się dowiemy o związku członków zarządu tego nowego ugrupowania z partactwem i z łamistrejkostwem w Kasach. Nie zdziwi nas też, że organ p. dr. med. Mosesa, posła socjaldemokratycznego, gdzie uważał za stosowne wydrukować artykuł o kasach polskich p. Krieger, redaktor Przeg. Ub. Społ., bardzo sobie tę nową organizację chwali. Jak się okazuje, spiritus movens tej organizacji, dr. Schröder, przyjmuje dziennie do 140 chorych. Przeciw drugiemu członkowi zarządu wystąpili wszyscy profesorowie uniwersyteckich katedr okulistyki z podaniem do dowództwa wojskowego, aby mu nie posyłać rannych wojennych do leczenia.

Oto jakie typy chca reformować stan lekarski! Już Tacyt powiedział, że germanie, pomimo cnót swych, nie moga osiągnąć nigdy powodzenia politycznego wskutek swej „invidia et stultitia“.

To też drezdeńska Izba lekarska postanowiła prosić wszystkich przewodniczących Związków lekarskich w okręgu drezdeńskim, aby wyświetlili, szczególnie wobec lekarskiej młodzieży, cele „secesji lekarskiej“ i ostrzegli przed łączeniem się z nią.

V. Z Kasy Chorych m. st. Warszawy.

Nowi „zwierzchnicy“. Według nowego regulaminu dla naczelników dentystyki K. Ch. m. Warszawy z dn. 13|II 27 r. personel lekarski, zatrudniony w przychodniach dentystycznych, otrzymał nowego bezpośredniego zwierzchnika, któremu naturalnie jure caduco K. Ch. nadała prawo i (słuchajcie!) *obowiązek* wydawania *dyspozycji* lekarzom dentystom i wykonywania nadzoru i kontroli w stosunku do nich, neglegując oczywiście art. 99 ustawy, w myśl którego władza pod tym względem należy tylko do Ministerstwa Zdrowia, jak to zresztą kilkakrotnie zaznaczyły Sądy Państwowe, mianowicie, że lekarz naczelny K. Ch. nie ma najmniejszego prawa wtrącania się do lekarzy K. Ch. i lecznictwa. Sprawy te podlegają nadzorowi Departamentu Zdrowia.

— W numerze 1 „*Dentystycznych wiad. Związk.*“ podaje p. E. B. raport, jaki złożył jeden z kierowników przychodni dentystycznej naczelnemu lekarzowi K. Ch. m. W. Raport ten brzmi, jak następuje:

„Niniejszym zawiadamiam, że po ogólnem zebraniu w d. 17 b. m. pani X. znieważyła czynnie kolegę Y., wobec tego, że powyższy czyn uwłacza czci, co jest przewidziane umową, przyczem zaznaczam, że p. X. od dłuższego czasu przeszkadza normalnemu biegowi pracy w przy-

chodni, a ostatni incydent wpłynie na powyższe. Proszę o przeniesienie p. X. na inną dzielnicę".

Skutek tego raportu był momentalny. Tegoż samego 18.X. r. ub. lekarz-dentysta p. X., została decyzją Naczelnego Lekarza K. Ch. przeniesiona na Pragę.

Ponieważ dokument ten jest przytoczony ściśle i dokładnie, to wynikałoby z niego, że p. kierownik nie potrafi zbudować należycie ani jednego zdania i że oczywiście nie mógł ukończyć należycie nawet tej małej ilości klas, jaka potrzebna była dawniej do wstąpienia do szkoły dentystycznej. Należałoby wobec tego sprawdzić wszystko.

— K. Ch. m. W. wysyła do lekarzy druczki, które dopełnia odpowiedniemi datami, z zawiadomieniem o ich zaangażowaniu do Kasy, na mocy decyzji p. Dyrektora. Druczki te podpisane są tylko przez naczelnika wydziału personalnego, byłego doradcy pokątnego w Żyrardowie, Kłossowskiego. A gdzie podpis naczelnego lekarza? Czy naczelny lekarz zgadza się na takie neglegowanie jego osoby w sprawach lekarskich? Dodamy, że wbrew umowie z Zrzeszeniem lekarzy, Kasa Chorych angażuje niektórych lekarzy stale tylko jako „czasowych", pomimo iż pracują oni w Kasie niekiedy już od paru lat. Umowa zaś przewiduje okres próbny 6-tygodniowy, poczem lekarz, jeśli mu stanowisko nie zostaje wymówione, musi być stabilizowany. Ale co dla Kasy Chorych umowy! Wszak to tylko świstek papieru, jak powiedział swego czasu Bethman-Hollweg.

Forma druczku jest następująca: Na mocy decyzji p. Dyrektora z dn. N. Kasa Chorych m. W. angażuje Pana czasowo, od dn.... do dn.... włącznie do ambulatorjum oddziału X w charakterze lekarza.... z uposażeniem za Y godzin ordynacyjnych dziennie z warunkiem zwolnienia b e z u p r z e d z e n i a i o d s z k o d o w a n i a.

Naczelnik Wydziału personalnego
Kłossowski.

A więc zdanie się zupełnie na łaskę i niełaskę panów dyrektorów, posiadających niekiedy aż 3 klasowe wykształcenie. Czy Zrzeszenie lekarzy uważa, że nie należy reagować na te stosunki?

— P.P.S., jak widzimy z „Robotnika", kłóci się z Chadecją na terenie warszawskiej K. Ch. z powodu członka P. P. S., p. Rutkiewicza, jednego z kierowników dzielnic K. Ch., redaktora „*Sprawy Ubez. Społ.*" prowadzonej w ostatnich czasach dość objektywnie, bez oszczerczych wypadów przeciwko lekarzom, w przeciwstawieniu do wielu innych tego rodzaju pism. Ale kłótnia nie potrwa długo. Swój swego nie ukąsi.

— W r. 1926 udzielono w K. Ch. m. W. 1,900,000 porad lekarskich w ambulatorjach i 234,000 na mieście. Godzin ordynacyjnych

było 317,754 czyli przeciętnie 1000 godzin dziennie. Czyli jeden lekarz, pracując po 8 godzin dziennie, musiałby pracować 127 lat, aby mógł przyjąć sam jeden taką samą ilość chorych. Wydano 3 miljony leków. Na jednego ubezpieczonego wypadło 6 porad lekarskich i 7 leków; na jednego chorego wypadnie zatem o wiele, wiele więcej.

= Kasa Chorych m. W. nie ma pieniędzy, a tymczasem dała pożyczkę w kwocie 250,000 zł. Ogólno-państwowemu Związkowi K. Ch.

= Do komisji lecznictwa Zarządu K. Ch. m. W. w obecnej kadencji wybrani zostali następujący „specjaliści" od lecznictwa: Preiss, Kuczborski, Fidziński, Kozłowski i Rauer. I to ma być komisja lecznictwa, w której niema ani jednego lekarza. Parodja! Pozostaje wobec tego tylko, by Zarząd powołał jako rzeczoznawców w sprawach samochodów, ślusarstwa lub szewstwa — lekarzy.

= Na posiedzeniu w d. 8.IV. r. b. Zarząd K. Ch. m. W. stwierdził, że koszt jednej porady lekarskiej wynosi zł. 6,62. Jest to jasny **dowód**, stwierdzony przez sam Zarząd wbrew rozpowszechnianym przezeń zdaniom o większej taniości systemu ambulatoryjnego, że **system ambulatoryjny jest o wiele droższy niż w. w. l.**

= W d. 30 czerwca odbyły się wybory do Prezydjum Zarządu Zrzeszenia lekarzy K. Ch. m. W. Kol. Józef Zawadzki, Kaszubski, Jarecki i Narkiewicz oświadczyli kategorycznie, że wyboru nie przyjmą. Wynik wyborów: prezes — dr. Antoni Turski, wiceprezesi — dr. Tytus Makowski i Zamecki (jeden z najbliższych przyjaciół dr. Grodeckiego) sekretarz dr.dr. Ruszczycki i Biernacki. Dalszego ciągu każdy się domyśli.. ..

VI. Z zagranicy.

Rosja.

Lekarze należą nie do zjednoczenia stanowego, lecz do związku robotników i urzędników działu zdrowia, który liczy 500.000 członków, Należą doń profesorzy medycyny, docenci, asystenci, urzędnicy lekarscy. lekarze-praktycy, weterynarze, sanitarjusze, felczerzy, kobiety czyszczące szpitale i nawet stróże nocni tychże. Lekarze tworzą w tem tylko własną sekcję z 46.000 członków złożoną. Podczas gdy ogólna liczba członków w ostatnich 2 latach wzrosła o 35%, liczba lekarzy powiększyła się o 53%. Charakterystycznem jest to, że 36,6% ogółu członków związku stanowią mężczyźni, 63,4% zaś kobiety. W kraju, w którym ludność wiejska wielokrotnie przewyższa ludność miejską, tylko 10% lekarzy praktykuje na wsi, a 90% w miastach! Przeciętna pensja lekarza w roku 1924 wynosiła 50 rb. miesięcznie, w r. 1925 — 70 rb., w r. 1926 — 85 rb., a w r. 1927 — 92 rb., podczas gdy pensja przeciętna inżyniera

technika lub geometry wynosi 160 rb. miesięcznie. Wskutek tak niskich płac wielu lekarzy zmuszonych jest obejmować kilka stanowisk i pracować od wczesnego ranka aż do późnego wieczora w rozmaitych szpitalach, przychodniach i t. p., dzięki czemu dochód ich zwiększa się o 40 — 50%. Oto do czego dążą u nas socjaliści, oto ich ideał! W roku 1926 było w Rosji 4,200 lekarzy bezroboczych, z czego 1200 w Moskwie a 600 w Leningradzie. Z nich przeszło 600 lekarzy ukończyło uniwersytet więcej niż przed 6-ciu laty. Większość bezroboczych lekarzy stanowią kobiety, które nie mogą tak, jak mężczyźni, odważyć się na praktykę w trudnych warunkach życia wiejskiego.

Rocznie 5.000—5.500 studentów kończy wydział lekarski. Od roku 1928—1929 liczba absolwentów ma być ograniczona do 2.000—2.200 rocznie. Lekarzom nie wolno będzie zajmować więcej niż dwie posady i to za zezwoleniem związku. Lekarz, odmawiający przyjęcia stanowiska na wsi, zostaje pozbawiony prawa do subsydjum dla bezroboczych. Przy mianowaniu na stanowiska w zakładach leczniczych w Moskwie i Leningradzie, pierwszeństwo mają mieć ci lekarze, którzy praktykowali przez trzy lata na wsi.

VII. Z różnych stron Kraju.

Radom.

Zarząd Związku Obw. Radomskiego i Okr. Sosnowieckiego lekarzy P. P. umieścił w *Naszym Przeglądzie* z dn. 28V. r. b. sprostowanie przedruku artykułu posła Diamanda z *Robotnika*. P. Diamand, broniąc i gloryfikując dr. Kelles-Krauza, potępia i stara się zniesławiać zespół lekarzy w Radomiu. Ze sprostowania tego okazuje się, że dr. Kelles-Krauz „był początkowo gorliwym członkiem Zw. lekarzy, propagującym gorąco zasadę wolnego wyboru lekarza i uniezależnienia się lekarzy od Zarządu Kasy Ch. w sprawach lecznictwa, podpisał sam deklarację— pod słowem honoru — o przestrzeganiu solidarności koleżeńskiej i niezawieraniu umów indywidualnych w razie stanu bezkontraktowego i nawoływał nawet innych kolegów do tego samego. A gdy powstał stan bezkontraktowy, przyczem lekarze w dalszym ciągu jednak udzielali ubezpieczonym pomocy lekarskiej według cennika kasowego, dr. Kelles-Krauz łamie wszystkie swoje zobowiązania i głoszone dotąd przez siebie zasady — li tylko dla celów materjalnych i karjery politycznej. Nie za udzielanie więc pomocy lekarskiej podczas stanu bezkontraktowego — bo takiej pomocy udzielali wszyscy lekarze Kasowi — został dr. Kelles-Krauz potępiony przez ogół lekarzy radomskich i przez sądy Izb Lekarskich. Zasady posła Diamanda, że „sztuka lekarska nie jest

kramarstwem“ nie można więc stosować do dr. Kelles-Krauza. Ten bowiem nietylko zrobił kramarstwo z tej sztuki, lecz i przekramarzył honor.“

P. Diamand, w odpowiedzi na to, umieścił w Robotniku z dn. 31.V nowy artykuł, gdzie nazywa powyższe sprostowanie artykułu jego „prostackiemi obelgami, znamiennemi dla poziomu Związków Lekarzy, a wyrok izby lubelskiej w sprawie lekarzy łamistrajków w Łucku — **bezczelnością.**“ P. Diamand przytacza nawet jakiś list lekarza do niego z podziękowaniem za jego publiczne wystąpienie, przyczem okazuje się, że pan ten nawet niewiadomo czy jest lekarzem, bo po: 1) obawia się wystąpić otwarcie ze swoim poglądem, a po 2) widocznie niedawno przyjechał z Bolszewji, bo mówi „uważamy swoim obowiązkiem“ — wyrażenie, którego język polski niezna. Zna tę konstrukcję język rosyjski. Oto, skąd idą na nas pedagodzy stanu lekarskiego! P. Diamand twierdzi dalej, że lekarze, należący do Związku, nie starają się o uzyskanie zaufania ze strony chorego. Według tak miarodajnego pod tym względem opinjodawcy, jakim jest p. Herman Diamand, organizacje lekarskie są szkodnikami w dziedzinie lecznictwa. Ci pepesowcy wszyscy na wszystkim się znają. Risum teneatis!

Mnie się tu przypomina pewne zdarzenie z czasów pobytu mego w raju niezupełnie socjalistycznym, bo czysto bolszewickim. Postawiony przed sąd bolszewicki, usłyszałem podczas przerwy sądowej rozmowy świadków oskarżenia pomiędzy sobą: „no, cóż z tego, że tak nie było, jak mówi oskarżyciel, trzeba przecież podtrzymać swojego...“

Drugi lekarz, również odważnie - bezimienny, nie posiada się z radości w *Robotniku* z dnia 1 czerwca z powodu wyboru tow. dr. Kelles-Krauza na prezesa Rady Miejskiej w Radomiu, na miejsce uprzednio zajmowane przez żonę, panią Kelles-Krauzową. Tym sposobem „członek“ (Rady Miejskiej) zostaje w rodzinie. Wybór ten nie dowodzi niczego ponadto, że P. P. S. ma jesztze duże wpływy w Radomiu. Artykuł ten mieści zresztą, oprócz spaczenia faktów, cały szereg oszczerstw przeciw stanowi lekarskiemu. *Dyonizy Hellin.*

Białystok. Podczas gdy zasiłki stanowiły w Białej i Bielsku około 46%, w Poznaniu 31, a w Warszawie 27%, w Białymstoku wynosiły one w r. 1926 — 14,4% wydatków. Administracja w Poznaniu, Białej i Bielsku wynosiła średnio tylko 5,7%, w Warszawie 10,2, w Białymstoku pochłonęła ona 14,4%., a doliczając koszta „ogólne“ nawet 20,6%

Wbrew umowie zawartej z lekarzem naczelnym, nieobecnego teraz dyrektora zastępuje nie lekarz naczelny, lecz jakiś urzędnik kasowy. Chcielibyśmy wiedzieć, ile klas skończył p. zastępca dyrektora i czy przynależność partyjna ma mu zastąpić cenzus szkolny?

„Oszczędności". Ponieważ koszt wszystkich analiz w Kasie Chorych w Białymstoku, odsyłanych do pracowni miejskich, wynosił .500 zł. miesięcznie czyli aż 17 zł. dziennie, Komisja admin.-finans. uchwaliła zaprowadzić oszczędności drogą zorganizowania własnej pracowni. Oszczędności jasne są jak na dłoni: koszt założenia wyniesie około 10.000 zł., pensja analityka i jego pomocnika, służby, opłata lokalu, opału i światła, wydatki na odkupienie zbijanych naczyń, na wodę i t. p. — dają tylko jedno do myślenia: że chodzi nie o zmniejszenie, lecz o powiększenie wydatków i że stworzy się tą drogą znowu kilka posadek dla protegowanych partyjnych.

Kalisz. Naczelny lekarz Kasy, dr. Sulikowski, zgłosił rezygnację ze swego stanowiska. Zarząd Kasy zwrócił się do Związku Lekarzy P. P. obwodu Kaliskiego o przedstawienia kandydata na to stanowisko. Liczba członków K. Ch. wynosi 11,000, czł. rodzin 13,000, razem 24,000 uprawnionych. W I szym kwartale r. b. udzielono pomocy lekarskiej 16,500 chorym.

Koło. Liczba czł. K. Ch. 2,500, czł. rol. 2,800 = 5,300 upraw W I-szym kwartale leczyło się 2,000 osób.

Postanowiono otworzyć oddział Kasy w osadzie Sompolno.

Konin. Kasa stoi finansowo bardzo dobrze.

Kraków. Do Izby Lekarskiej w Krakowie należy 1,100 lekarzy.

Lwów. Kasa Ch. miała w r. 1925 — 46.000 członków, włącznie z rodzinami — 127.000. Zasiłki chorobowe pochłonęły 37,6% wydatków, lekarze otrzymali 17,5%, administracja kosztowała 9,9%.

Łódź: W marcu r.b. udzielono w ambulatorjach porad lekarskich 109.0000 i dokonano 4.835 analiz. Ubezpieczonych było 163.000, członków rodzin 188.000, razem 351.000 osób. Apteki wydały przeszło 20,000 leków. W kwietniu zmarło 89 członków Kasy i 277 członków rodzin, z zasiłków korzystały 4.863 osoby. Za I kwartał r. b. wypłacono 800.000 zł. zasiłków, lekarzom wypłacono 366.0C0 czyli nie więcej niż około 8⁰/₀ wszystkich wydatków.

Ozorków. Czł. K. Ch. 5,000, czł. rodz. 7.000 = 12.000 ubezp.

Pabjanice. Czł. 15,000, czł. rodz. 16,000, razem 31,000 ubezpiecz. W I-szym kwartale leczyło się 2,000 osób.

W marcu i kwietniu wzrosła niepomiernie frekwencja chorych. Toteż i liczba recept wzrosła z 200 do 350—400 dziennie.

Piotrków. Zarząd Kasy przystąpił do wydawania co kwartał „okólników Zarządu Pow. Kasy Ch". Kasa w r. b. liczyła 10.000 ubezpieczonych i 12 500 członków rodzin.

Radomsko. Czł. K. Ch. jest 7,000, czł. rodz. 6,000, razem 13,000 uprawnionych.

Słupca. Liczba czł. K. Ch. wynosi 1,700, członk. rodz. 1,300, razem 3,000 uprawnionych. W I kwartale r. b. leczyło się 970 osób. Czy warto przy tak małej ilości urządzać Kasę Ch. wobec stałego oddawna przebywania tam lekarzy? Wszak w tych warunkach administracja pożerać musi niepomiernie wielkie sumy. To samo widzimy w Czyżewie.

Tomaszów. Wprowadza się dla członków legitymacje z fotografjami. Liczba członków K. Ch. wynosi 12,000, rodzin 18,000, razem 30,000 uprawnionych.

Turek. Liczba czł. 1,900. czł. rodz. 1,400, razem 3,300.

Wieluń. 3,600 czł. + 6,900 czł. rodzin, razem 10,500 ubezpiecz. W I kwartale r. b. leczyło się 6,500 osób.

VIII. Nadesłane.

Wydział Wykonawczy Zarządu Gł. Związku Lekarzy P. P. prosi nas o umieszczenie następującego komunikatu:

VIII Walne Zebranie Związku Lekarzy uchwaliło w d. 24 IV 1927 r.

1) Utworzyć Sekretarjat Generalny od dn. I/VII 1927 r.

2) Powierzyć Wydziałowi Wykonawczemu Z. G. opracowanie memorjału do Dziekanów Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w sprawie upośledzenia stanu lekarskiego i obniżenia poziomu wiedzy lekarskiej wskutek wadliwej organizacji Kas Chorych z prośbą o ujawnienie swych zapatrywań w powyższej sprawie.

3) Wobec projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, godzącego zarówno w interesy szerokich mas ubezpieczonych jak i stanu lekarskiego, walne zebranie Z.L.P.P. w dn. 24|IV 1927 r. w Warszawie czuje się zniewolonem oświadczyć co następuje:

a. Postanowienia projektowanej ustawy, rozszerzające znacznie świadczenia dla ubezpieczonych przy równoczesnem zmniejszeniu wkładek, nietylko nie przyczynią się do utrwalenia i umocnienia nstytucji K. Ch., lecz przeciwnie, uniemożliwiając racjonalną gospodarkę, podkopują jej istnienie.

b. Objęcie przymusem ubezpieczeniowym wszystkich osób, zatrudnionych na podstawie stosunku służbowego lub roboczego z wyjątkiem przewidzianych w art. 4, jest sprzeczne z założeniem, dla którego zostały powołane Kasy Chorych, jako przeznaczone dla osób gospodarczo słabych.

c. Godząc się zasadniczo na rozstrzyganie wszelkich sporów pomiędzy lekarzami a Zarządami instytucji ubezpieczeniowych w drodze arbitrażu. wypowiadamy się stanowczo i bezwględnie przeciwko takiemu arbitrażowi, który, pozbawiony wszelkich podstaw bezstronności, oddaje

nas na łaskę i niełaskę Zarządom instytucji ubezpieczeniowych i Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej. Uważamy, że w arbitrażu decydujący głos może mieć tylko delegat Sądu, jako instytucji w założeniu swem bezstronnej.

d. Utrudnienie przynależenia do instytucji ubezpieczeniowych osobom samodzielnie zarobkującym a gospodarczo słabym, jest sprzeczne z nowocześnie pojętą opieką społeczną.

e) Sankcje, przewidywane przez art. 221 projektowanej ustawy przeciwko lekarzom, znajdującym się w stanie bezkontrakrowym z instytucjami ubezpieczeniowemi, czynią z dobrowolnego arbitrażu przymusowy, co jest pogwałceniem Konstytucji, gwarantującej wolność pracy i koalicji oraz niesłychanym zamachem na wolność stanu lekarskiego.

f) Związek Lekarzy P. P. przystępuje do międzynarodowego zrzeszenia zawodowego lekarzy (A.P.I.M.).

4) Walne zebranie poleca wszystkim Okręgom dążyć do zjednoczenia wszystkich kolegów w jednej organizacji zawodowej, która stać się winna placówką obrony interesów stanu lekarskiego, jak również zabezpieczenia zdrowia publicznego.

Walne Zebranie stwierdza, że Związek stoi na stanowisku potrzeby istnienia i rozwoju instytucji leczenia i ubezpieczenia społecznego Równocześnie jednak stwierdza konieczność reorganizacji dzisiejszych Kas Chorych.

5. Walne Zebranie uchwala wydać podręcznik dla członków Związku Lekarzy P. P., mający na celu zaznajomienie z celami Związku i całokształtem życia społeczno-lekarskiego. Opracowanie i wydanie podręcznika poleca się Okręgowi Wielkopolsko-Pomorskiemu.

6) Porucza Zarządowi Głównemu, wobec przewidzianej nowelizacji podatku przemysłowego, opracowanie, w porozumieniu ze Związkami zawodowemi innych wolnych zawodów, memorjału w sprawie zwolnienia wolnych zawodów od podwójnego opodatkowania w postaci podatku obrotowego.

7) Walne Zebranie uchwala przeznaczyć: 1) Złotych 500 — na Kasę Wdów i Sierot po lekarzach przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem; 2) Pięć subsydjów po zł. 100 — dla studentów ostatnich dwuch lat studjum medycznego wszystkich pięciu wydziałów lekarskich Uniwersytetów Polskich.

Skład Zarządu Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego:

Wydział wykonawczy: Prezes Edward Orłowski, Wice-Prezes Kazimierz Wagner, Sekretarz Stanisław Hagmajer, Skarbnik: Stanisław Mutermilch, Witold Szumlański. Zastępcy: Jan Jakimowicz, Zofja Wojno, Wacław Goździcki, Ludomir Nowacki, Franciszek Kowalski (wszyscy z Warszawy). Członkowie

z prowincji: Bronisław Bartkiewicz (Zawiercie), Otto Andrzej Steinborn (Toruń), Marjan Alojzy Franke (Lwów), Zygmunt Dymiński (Poznań), Grzegorz Grzybowski (Kraków), Bronisław Zieleniewski (Sosnowiec), Adam Karwowski (Poznań), Władysław Wrześniowski (Częstochowa), Tomasz Kożuchowski (Lublin) i Bolesław Mision (Łódź). Zastępcy z prowincji: Narcyz Michałowicz (Brodnica, Pomorze), Marcin Zieliński (Kraków), Wacław Królewski (Kowel), Alfons Gaszkowski (Starogard), Jan Ożga (Turka n|Stryjem), Aleksander Dubiski (Ostrów Wielkopol.), Artur Starzyński (Łódź), Zenon Leńko (Lwów), Jan Olewiński (Radom).

IX. Przegląd piśmiennictwa.

Nowy sanator stanu lekarskiego.

W numerze 6 Przeg. Ub. Społ. znajduje się artykuł dr. J. Weinbauma „O sanacji moralnej lekarzy Kasy Ch.". P. dr. Weinbaum domaga się nie sanacji moralnej Kas Chorych, lecz, podkreślamy to jeszcze raz, sanacji lekarzy Kas Ch. Wprawdzie przyznaje on, że „w ambulatorjach kwitnie biurokratyzm, który rodzi masę niezadowoloną wśród ubezpieczonych, rzuca jednak p. W. jednocześnie oszczerstwo na lekarzy, że zapisują lekarstwa bez żadnej potrzeby i szafują zaświadczeniami na zasiłki. Aby „umoralnić" lekarzy, p. Weinbaum, którego moralność mało nam jest znana, ale której cechy jasno wynikają z jego propozycji, proponuje utworzenie, i to „w jaknajkrótszym czasie", zrzeszenia ogólnopaństwowego lekarzy Kas Ch. pod egidą „Związku lekarzy społecznych". Zrzeszenie to „wychowywałoby ogół lekarski (w duchu p. Weinbauma) i przeciwstawiałoby się Związkowi lekarzy. Nie Kasy Ch., lecz hipnoza Związku lekarzy robi, według p. Weinbauma, z lekarza sprzedawczyka swojej wiedzy i pracy".

Oprócz „lekarzy—społeczników et consortes", nikt artykułu pana dr. Weinbauma na serjo brać nie będzie. Tylko możeby p. Weinbaum przedewszystkiem wziął się do reformy swego ducha, zapewne jeszcze bardzo młodego. W spisie bowiem lekarzy p. W. jeszcze nie znajdujemy, a ponieważ „nikt nie jest prorokiem w ojczyźnie swojej", zaproponowalibyśmy p. Weinbaumowi, czyby nie zechciał reform swoich zacząć poza granicami kraju. Są pewne miejscowości, nawet w Europie, gdzie znajdzie grunt podatny dla swojej działalności.

= Wyszedł zeszyt 4—6 **Medycyny Praktycznej**, wydawanej przez dr. K. Brossa w Poznaniu. Treść bardzo interesująca i urozmaicona. Zawiera oprócz artykułów oryginalnych streszczenia z rozmaitych czasopism lekarskich, odczytów wygłaszanych na poznańskich wieczorach lekarskich i t. d. Cena za 3 zeszyty 2,50 zł.

X. Drobne wiadomości i dane statystyczne.

Gruźlica.

= W Warszawie w r. 1926 zmarło na gruźlicę 2,566 osób (44% tych zgonów wypadło na wiek młodzieńczy i dorosłych do 40 lat), podczas gdy na wszystkie ostre choroby zakaźne razem zmarły 1173 osoby, czyli przeszło dwa razy mniej niż na jedną tylko gruźlicę. Rocznie w Polsce umiera około 60,000 ludzi na gruźlicę, czyli w Polsce co 10 minut umiera jeden człowiek na gruźlicę. Wszystkich chorych na gruźlicę jest w Polsce około 600,000 osób. Posiadamy 35 sanatorjów z 2,500 łóżek i 107 towarzystw przeciwgruźliczych.

= W Szkocji na 10,000 mieszkańców zmarło w roku 1869 na gruźlicę 36,5 osób, w r. 1909 — 19,7, a w roku 1923 już tylko 11,8. W Danji śmiertelność ta spadła z 30,3 w roku 1890 do 9,5 w r. 1922.

= W Prusach na gruźlicę zmarło w roku 1925 13,65 osób na 1000 mieszkańców. Największa śmiertelność wypada na marzec, najniższa na wrzesień. Śmiertelność z gruźlicy zmniejszyła się w latach 1923—25 w miastach o 30, na wsi o 11—12%.

Liczba chorych na gruźlicę w wieku szkolnym wynosiła w Prusach w r. 1923 — 3,39%, w r. 1924 — 2,79%, w r. 1925 — 2,37%, umieralność z gruźlicy wynosiła w tych latach 0,7, 0,07 i 0,39%.

= W referacie w sprawie nowelizacji ustaw. o ubezp. społ. Min Prac. i Opiek. Społ. Zarząd Izby Lekarskiej w Krakowie domaga się wykonywania nadzoru nad finansową gospodarką Kasy Ch. przez izby kontroli państwa.

= Na zebraniu Rady Ubezp. Społ. pracodawcy głosowali za odrzuceniem nowego projektu Ubezpieczeń, przyjętą została jednak rezolucja ubezpieczonych, uznająca projekt za dobry i wzywająca rząd do najśpieszniejszego wprowadzenia ustawy w życie. Ale nawet przedstawiciele pracodawców, no i naturalnie Kasy Ch., domagali się ograniczenia nawet tych znikomych i właściwie rzekomych tylko praw, jakie projekt przyznaje naczelnemu lekarzowi Kasy.

= W 37 Kasach wojew. Poznańskiego na 374.000 członków w dn. 1.I.1927 r. niezdolnych do pracy było 9760 czyli 2,6%. W wojew. Pomorskiem na 147.500 ubezpieczonych w 20 Kasach niezdolnych do pracy było 4.000 czyli 2,7%, podczas gdy w Niemczech % ten wynosi przeciętnie 3,6. Kasa miejska w Poznaniu liczy 60.000, powiatowa 16.000, miejska w Bydgoszczy 21.500 członków.

= Ogólna liczba aptek w Polsce wynosi około 2.000.

= W całej Polsce są 634 szpitale ogólne o 47,187 łóżkach, psychjatrycznych zaś jest 20 o 10,126 łóżkach.

= W numerze 4-ym „Ochrony Społecznej“ czytamy, że na konferencji przeszło czterdziestu naczelnych lekarzy Kas. Ch. wojew. Poznańskiego i Pomorskiego ustalono, że pomimo iż Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej oznaczyło wysokość wydatków na leki na 15—16% przypisów, faktycznie jednak wydatki na wspomniany cel często kilkakrotnie przewyższają tę granicę.

= W Jugosławji jest 16.000 głuchoniemych, z tych około 2.500 w wieku szkolnym, w całem państwie istnieją trzy zakłady dla głuchoniemych, mogące pomieścić najwyżej 400 dzieci w wieku szkolnym.

= W czerwcu r. b. mają być w sejmie pruskim rozważane wnioski socjalistów o rozszerzeniu Kas Ch., prawie identyczne z dążeniami naszych socjalistów — w sensie podwyższenia granicy dochodów, zmuszającej do przynależenia do Kas czyli rozszerzenia zakresu osób podlegających ubezpieczeniu.

= W parlamencie niemieckim ma być na jesieni wniesiony projekt nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Ma być poruszona sprawa przymusowego wprowadzenia wol. wyb. lek., ograniczenia samorządności Kas, ustawowej przynależności do zarządów i rad Kas przedstawicieli lekarzy.

= W końcu lipca odbędzie się w Królewcu zjazd członków związków Kas Ch., na którym, oprócz innych spraw, dyskutowana będzie „kwestja lekarska w Kasach Chorych“.

= „Ojciec“ ustawy o Ubezp. Społ., radca tajny Spielhagen, krytykuje obecnie błędy swego tworu sam i nazywa przedstawicieli K. Ch. „outsiderami“, którzy nie są powołani do tego, aby zmieniać działalność zawodową lekarzy, do tego bowiem w pierwszym rzędzie powołani są zawodowcy t. j. lekarze.

= Związek bawarskich Kas Ch., wbrew ogólnemu związkowi swemu, nie zawahał się wystąpić publicznie w własnem swem piśmie z tezą, że ambulatorja są szkodliwe pod względem ekonomicznym, że nie dają się pogodzić z interesami ubezpieczonych, i dlatego należy je zwalczać. Jak widzimy, sam Związek Kas Ch. stanął na punkcie widzenia lekarzy.

= W celu zmniejszenia ilości symulantów w K. Ch. proponuje dr. Stappert (Münch. Med. Woch. Nr. 15), aby ubezpieczonym, którzy w ciągu pewnego czasu nie otrzymywali zasiłków, dawać „premje zdrowotne“. Zmniejszyło by to ilość pisaniny, wizyt lekarskich, straty czasu na sprawdzanie symulacji. Miało by to i moralne znaczenie, bo zmniejszałaby się skłonność do oszustwa śród ubezpieczonych, a ci ubezpieczeni, co nie chorują, nie mieliby powodu urągać na Kasę, że płacą składki za nic. Wtedy lekarz nie będzie zmuszony być policjantem Kas Chorych.

— Bawarskie Ministerstwo Op. Społ. wydało rozporządzenie, aby pierwszeństwo przy przyjmowaniu do Kas Chorych mieli lekarze, którzy brali udział w wojnie, szczególnie ci, którzy otrzymali ciężkie uszkodzenia, potem ci, którzy musieli wskutek wojny uciec z dotychczasowych swych miejsc zamieszkania, a potem lekarze miejscowi.

= Rozporządzenie pruskiego ministra Op. Społ. nakazuje lekarzom-urzędnikom wpłacanie składek do Izb lek. i nadaje im prawo wybieralności. Jest to ważne i z tego względu, że izby lekarskie mają w przyszłości brać silniejszy niż dotychczas udział w sprawach zdrowia publicznego.

= Co grozi stanowi lekarskiemu? *Deutsche Allgem Zeitung* pisze, że stan lekarski stanie się ważnym narzędziem w rękach tych, którzy go pokonają t. j. w rękach socjalistów.

= § 23 ustawy niemieckiej o ubezp. społ. mówi: „Członkowie zarządu Kas Ch. odpowiadają przed Kasami za sumienne prowadzenie zarządu w równej mierze, jak opiekuni względem sierot. A jak się sprawy te przedstawiają w rzeczywistości?

= W Niemczech 1.IV 1926 r. było 7,306 Kas, udzielających pomocy także rodzinom członków, do których należało 16,000,000 członków i 1,037 Kas, udzielających pomocy tylko członkom (1.756,000 czł.) Lekarzy K. Ch. było 29,405 (ogólnych — 21,869, specjalistów 7536), czyli 1 lekarz na 615 członków (lek. ogólnych 1 : 827 i specjalistów 1 : 2,400 czł.). Ponieważ wszystkich lekarzy było 38,717, a zapisanych na listę kandydatów do K. Ch. było 3413, co wraz z praktykującymi w Kasach 29,405 stanowi 32,818, więc w Kasach nie chciało praktykować 5899 lekarzy czyli 15,2%. I.IV 24 r. ustąpiło z Kas 2432 lekarzy na ich miejsce wstąpiło 3629 czyli 149 na każdych 100.

W r. 1925 było w Niemczech 26 miljonów ubezpieczonych od wypadków a 107.500 odszkodowań za nie, z tych w 7% przypadków nastąpiła śmierć. Za odszkodowania zapłacono 180 miljonów mk. Od inwalidztwa było ubezpieczonych 16,5 miljona, z tego 10 miljonów mężczyzn. Kasy posiadały 51 uzdrowisk dla gruźlików o 7.000 łóżek i 47 zakładów leczniczych o 6 000 łóżek, których utrzymanie kosztowało 22½ milj. mk. Zasiłki chorobowe otrzymało 9,5 milj. osób. Przeciętne trwanie choroby wynosiło 24,3 dni. Koszta administracji wynosiły 6,8%. Kapitału rezerwowego miały kasy 105 milj. mk.

= W Niemczech na 100 pracowników wypada rocznie około 50 zachorowań z niezdolnością do pracy t. j. co drugi robotnik raz na rok choruje i staje się niezdolnym do pracy. Przeciętnie choroba taka trwa 20—25 dni. Niebezpieczeństwo zachorowania największe jest w kopalniach i t. zw. przemyśle ciężkim: tu na trzech robotników choruje rocznie aż

dwuch czyli co 3-i robotnik dwa razy rocznie, a i choroba trwa przeciętnie 25—30 dni. Najmniejsze niebezpieczeństwo grozi pracownikowi rolnemu, tu choruje jeden robotnik raz na trzy lata, czyli co 3-i ubezpieczony przez 23 dni rocznie. Co do kobiet, to chorują one wprawdzie rzadziej aniżeli mężczyźni, natomiast choroba trwa u nich dłużej niż u mężczyzn. Jeżeli przyjmiemy, że w Niemczech należy do K. Ch. 20 milj. robotników (oprócz rodzin), to z tego widać, że 10 milj. robotników staje się tam raz na rok niezdolnymi do pracy wskutek choroby. Kasy Chorych wypłaciły tam w r. 1925 zasiłki za 240 milonów dni chorobowych, czyli za 666,666 lat. Na 1,000 ubezpieczonych umiera rocznie 6 czyli że w r. 1925 120,000 rodzin robotników pozbawione zostały swego żywiciela.

= Jak małą cząstkę wydatków ogólnych stanowią wydatki na lecznictwo, widać z tego, że np. w miejscowej Kasie Ch. w Norymberdze, podczas gdy składki wzrosły z 7.35 marek w r. 1924 do 11,37 marek w r. 1924, wydatki na lecznictwo wzrosły tylko o 0,26%.

= Ogólna berlińska Kasa miejscowa wydała w r. 1926 na honorarja lekarskie 17,8%, na zasiłki 26,3%, na lekarstwa i środki lecznicze 14,8%, na administrację 7,93%.

= Statystyka wykazuje, że rocznie na każdego chorego wypada 10,8 wizyt przy wolnym wyborze lekarza.

= Na leczenie ubezpieczonych w szpitalach Kasy Ch. wydają 15,4%.

= Wydatki na lekarzy wynoszą w Niemczech 0,6 — 1,5% zarobków ubezpieczonych.

= W Niemczech wydatki na Ubezp. Społ. wynosiły w r. 1925 przeszło 2 miljardy mk., co stanowiło 16,6% zarobionych przez robotników sum.

= Liczba ambulatorjów Kasowych dla rodzin członków wzrosła w Berlinie do 50 ciu.

= Rodzina robotnicza złożona z 4-ch osób mieszkała w r. 1925 w Ameryce przeciętnie w 5 pokojach, w Anglji w 3-ch, we Francji w 3,5, w Niemczech w 1,4. Przeciętna ilość mieszkańców jednego domu wynosiła w 1921 r. w Londynie 7,8, w New-Yorku 7,2, w Paryżu 38, w Berlinie 75,9. W r. 1925 48,000 rodzin zajmowało w Berlinie tylko 1 pokój, a 336.000 rodzin — 2 izby (w czem już i kuchnia).

= W r. 1924 było w Prusach 5648 partaczów, w r. 1925 — 6183, z nich 226 zostało skazanych przez sądy.

= Na Łotwie liczba członków K. Ch. wynosi obecnie 146 tys., członków rodzin 100 tys. Chorzy leczą się w mieszkaniach prywatnych lekarzy. Kasy dążą jednak do wprowadzenia systemu ambulatoryjnego.

= W Ameryce nie istnieją przymusowe ubezpieczenia społ., natomiast można ubezpieczać się w prywatnych towarzystwach, gdzie, wzamian za niewielkie składki, otrzymuje się, oprócz bezpłatnego leczenia, 15 dol. tyg. zasiłku. Wrazie śmierci wypłacają 250 dol.

= W r. 1924 należało do K. Ch. jako członkowie przymusowi (bez rodzin) w Niemczech 32, w Anglji 35, w Norwegji 21, w Rosji 6, w Jugosławji 4% ludności. W Polsce należy do Kas Ch. wraz z rodzinami około 25% ludności.

= System dobrowolnych K. Ch., przy poparciu państwowem, mają: Belgja, Francja, Szwecja, Szwajcarja, Danja, Włochy, Finlandja i Hiszpanja. Do tychKas Ch. należy w Belgji około 9, w Danji 42, w Finlandji 18, w Szwecji 12, w Szwajcarji 23% ludności. Dane te tyczą się przeważnie r. 1924. **Widzimy więc, że przymus nie jest warunkiem nieodzownym możliwości istnienia Kas Ch.**

= W Prusach umarło w latach 1924 i 25 przeciętnie 455.000 osób rocznie czyli 12‰ ludności. W porównaniu z r. 1923 śmiertelność zmniejszyła się o 1,37‰. Na raka i inne nowotwory umarło 1,08‰, wskutek nieszczęśliwych wypadków 0,4, wskutek samobójstwa 0,24‰. Śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia zmniejsza się w Niemczech coraz bardziej: podczas gdy w początkach bieżącego stulecia wynosiła ona 20%, obecnie stanowi ona tylko 10%. Zwiększyła się jednak przytem śmiertelność w pierwszych trzech dniach życia czyli że środki zapobiegawcze nie mogły pomódz tym noworodkom, które były bardzo słabe.

= W Niemczech liczba robotników w przemyśle wzrosła od 1882—1895 r. o 44%, podczas gdy liczba ludności wzrosła o 14%, liczba zaś lekarzy wzrosła od 1883—1906 r. z 15,000 na 32,000 t. j. o 108% przy wzroście ludności o 33%. W tymże czasie liczba szpitali wzrosła z 2,000 do 3,800, liczba łóżek z 80,000 do 222,000 czyli wzrost szpitali wynosi 88%, a łóżek 168%. Zużycie surowca żelaza na głowę mieszkańca wzrosło tam z 26,5 w r. 1861 i 74,5 w r. 1881 do 155 kg. w roku 1899, w Saksonji wypadało w r. 1835 16 kg., w r. 1897 zaś 41 kg. mięsa spożytego na głowę. Dochód, podlegający podatkom, wzrósł w Prusach z 4,300 mil. mk. w r. 1891 do 7,800 mil. mk. w r. 1900 czyli o 85%.

= Kapitał akcyjny zjednoczonych fabryk chemicznych w Niemczech wynosi 1,100,000,000 mrk. czyli około 2½ miljarda złotych. Urzędników w fabrykach tych w r. 1926 było 19,000 a robotników 79,000.

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY **DYONIZY HELLIN.**